

Nr. din 20

Cerere

pentru notificarea practicii medicinei si pe teritoriul judetului Suceava

Domnule Presedinte al Colegiului Medicilor Suceava,

Subsemnatul/a dr.
cetățean, cu domiciliul în, str.
nr. ..., bloc ..., scara ..., ap. .., județul, având specialitatea
....., gradul profesional,
....., gradul profesional,
și competență și/sau supraspecializare în,
fiind medic în activitate / pensionar¹, membru al Colegiul Medicilor
..... (se va trece colegiul județean la care medicul este membru de
drept), având Certificat de membru CMR nr., CUIM

**vă rog să-mi aprobați înscrierea notificării privind practica medicală și pe
teritoriul județului Suceava și înscrierea acesteia în evidența Colegiului
Medicilor Suceava, pentru specialitățile și competențele / supraspecializările
(unde este cazul) specificate mai sus.**

Anexez întreaga documentație necesară eliberării avizului, potrivit legislației în vigoare².

Declar pe propria răspundere că, la această dată, îmi exercit/îmi voi exercita profesiunea de medic la locuri de muncă, specificate pe verso.

⇒ cunosc prevederile Legii nr. 95/2006 privind exercitarea profesiei de medic, precum și organizarea și funcționarea CMR - republicată, ale Statutului CMR, ale Statutului C.M. Suceava și ale Codului de Deontologie Medicală;

⇒ mă oblig să plătesc contribuția administrativă lunară stabilită de către CM Suceava, la termenul stabilit, în caz contrar urmând a suporta consecințele legale;

⇒ certific autenticitatea celor înscrise în anexa la prezenta cerere;

⇒ mă angajez să remit CM Suceava copie după viza anuală, imediat ce am obținut-o de la colegiul al cărui membru sunt;

⇒ am luat cunoștință de prevederile art. 292 din Codul penal privind falsul în declarații.

Semnătura:

Data:

Se va completa și pe verso

.....
¹-se va tăia cerința ce nu corespunde situației;

²-numărul de înregistrare al colegiului se va acorda la data la care dosarul este complet.

Anexă la Cererea nr.

privind locul / locurile de muncă și funcția deținută, la această dată:

Locul de muncă	Localitatea	Funcția
1.
2.
3.
4.
5.

Completare specializări și/sau studii complementare, în cazul în care nu au fost înscrise mai sus:

.....
.....
.....

Semnătura medicului solicitant: